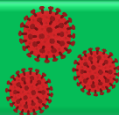


薬剤耐性マイコプラズマ肺炎 呼吸器病原体マルチスクリーニング検査について



マイコプラズマは小児から高齢者に至るまで幅広い年齢層で感染を引き起こし、気管支炎や肺炎の原因となります。感染してから発症するまでの潜伏期間は長く、2～3週間くらいとされていて、発熱や全身倦怠感(だるさ)、頭痛、痰を伴わない咳などの症状がみられます。咳は初発症状出現後3～5日から始まることが多く、当初は乾性の咳ですが、経過に従い咳は段々に強くなって、解熱後も3～4週間長く続くことが特徴です。

菌自体が細胞壁を持たないことから、一般的には、マクロライド系のエリスロマイシン、クラリスロマイシンなどを治療の第一選択とされますが、近年、本菌による問題として従来のような治療効果が認められず、発熱などの症状が遷延し、肺炎に至る症例が増加しているとされています。その原因としてマクロライド系抗菌薬に対する耐性化が指摘されています。マクロライド系耐性のマイコプラズマ肺炎ではニューキノロン系やテトラサイクリン系抗菌薬が選択肢として挙げられます。昨年末から、中国でマイコプラズマ肺炎の流行がみられ歩く肺炎として話題になりましたが、中国におけるマイコプラズマ肺炎はマクロライド系抗菌薬に耐性である割合が高いとする報告があります。今後は日本でも流行する可能性があるため注意しましょう。

当院でも呼吸器病原体マルチスクリーニング検査が可能になりました。呼吸器感染症をもたらす12種22項目のウイルス・細菌をマイクロアレイ法を用いて網羅的かつ迅速に調べる検査となっています。インフルエンザやSARS-CoV-2をはじめとしてマイコプラズマ・ニューモニエ、アデノウイルス、RSウイルス、百日咳菌等が検査可能です。検出対象の病原体は表1をご参照下さい。提出時期にもよりますが数日で結果が判明します。是非積極的にご利用ください。

アデノウイルス	コロナウイルス (229E, HKU1, NL63, OC43)
ヒトメタニューモウイルス	ヒトラノウイルス/エンテロウイルス
インフルエンザ (A, A H1, A H1-2009, A H3, B)	パラインフルエンザウイルス (1-4)
SARS-CoV-2	RSウイルス
百日咳菌	パラ百日咳菌
マイコプラズマ・ニューモニエ	クラミジア・ニューモニエ

表1. 呼吸器病原体マルチスクリーニングで検出可能な病原体

(呼吸器内科 野田 彰大)



抗菌薬と血液培養について



#血液培養で何が分かる？

血液培養は血液中に細菌が侵入(=菌血症)していないかを確認する検査です。細菌の種類によって有効な抗菌薬は異なります。有効でない抗菌薬を使用すると、副作用のリスクだけが発生します。また後述の耐性化の危険性もあります。そのため適切な抗菌薬の選択が重要であり、“原因菌の検索”=“血液培養の提出”が必要となります。

#血液培養は必ず2セット！抗菌薬投与前に！！

血液培養は1セット採取の場合、検出感度が6割程度となり、2セット採取することで9割程度となります。また採血前の消毒が不十分だと皮膚の常在菌が採血管内に混入し、感染症の原因菌以外の微生物が検出されてしまいます。これにより誤った治療につながる恐れがあるため、採血時にはきちんと皮膚を消毒して2セット採取することが重要です。更に抗菌薬開始後だと原因菌の検出が難しくなるため、必ず抗菌薬“開始前”の培養採取も大切です。



#薬剤耐性について

細菌には元々抗菌薬への抵抗性(=薬剤耐性)を示すものが存在します。抗菌薬の使用により薬剤耐性菌以外の細菌が減少し、薬剤耐性菌が増殖しやすい環境ができあがります。また抗菌薬曝露そのものが薬剤耐性獲得の原因となることもあります。抗菌薬はいわば細菌に対する人類の兵器であり、耐性化は治療の不利益となります。抗菌薬の変更時、培養結果を参考に適切な抗菌薬を選択することが薬剤耐性菌の対策につながります。

(薬剤部 小掠 嘯)